

Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo).

P. Pitche & K. Tchangaï-Walla (1) (2)

(1) Service de dermato-vénérologie (Pr. Tchangaï-Walla), CHU-Tokoin, B.P. 57, Lomé, Togo

(2) Manuscrit n°1779. "Clinique". Accepté le 4 avril 1997.

Correspondance et tirés à part : Dr. P. Pitche, B.P. 81056, Lomé, Togo

Summary: Legs Erysipelas in Hospital Environment in Lomé (Togo).

A study was conducted during 5 years to determine the epidemiological, clinical profile and the evolution of legs erysipelas in patients attending Lomé teaching hospital. During this period, 60 subjects (43 females and 17 males) were hospitalized for legs erysipelas. The average age was 40 years old. General facilitating factors were noted in 58% of the patients (n=35), and local in 50 % of cases (n=30). The first line treatment was in all patients penicillin G. Satisfactory results were observed in 70 %. Local complications were noted in 10 % (n=6), and recurrence in 17 % (n=10). The erysipela is common in hospital environment. The precocious penicillinotherapy allowed to have satisfactory results.

Résumé :

Une étude transversale sur 5 ans a été menée afin d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des érysipèles de jambe rencontrés en milieu hospitalier à Lomé. Au cours de cette période, 60 patients (43 femmes et 17 hommes) ont été hospitalisés pour un érysipèle de jambe. L'âge moyen était de 40 ans. Un terrain prédisposant a été noté dans 58 % des cas (n=35) et des facteurs loco-régionaux dans 50 % des cas (n=30). Le traitement de première intention a été la pénicilline G par voie parentérale dans 100 % des cas. L'évolution a été favorable dans 70 % des cas (n=42). Des complications locales ont été notées dans 10 % des cas (n=6). Une récurrence a été observée dans 17 % des cas (n=10).

L'érysipèle reste une affection fréquente en milieu hospitalier. Son traitement précoce par la pénicillinothérapie permet d'obtenir de bons résultats.

Key-words: Erysipela - Legs - Penicillinotherapy - Hospital - Lomé - Togo

Mots-clés : Erysipèles - Jambes - Pénicillinothérapie - Hôpital - Lomé - Togo

Introduction

L'érysipèle est une dermoépidermite localisée, fibrineuse et oedémateuse due à une infection focale par un streptocoque bêta-hémolytique du groupe A selon la classification de LANCEFIELD. La fréquence de l'érysipèle malgré les progrès de l'hygiène ne semble pas diminuer, surtout en Afrique tropicale et même en Europe (8). La forme classique du visage qui représentait jadis 86 % des érysipèles a fait place actuellement à celle des membres inférieurs, en particulier des jambes (5, 13, 15). Toute grosse jambe rouge, aiguë et fébrile est considérée dans la pratique comme d'origine streptococcique; la confirmation bactériologique est souvent aléatoire (13, 16). Ce travail a eu pour but d'analyser des cas d'érysipèles de jambe rencontrés en milieu hospitalier à Lomé (Togo).

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale menée de janvier 1990 à décembre 1994 dans les services de médecine interne et de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Lomé Tokoin. Ce centre constitue la plus grande formation sanitaire du pays. Il reçoit en moyenne 170.000 consultants par an et 40.000 malades y sont hospitalisés annuellement.

Le diagnostic d'érysipèle était essentiellement clinique : grosse jambe aiguë douloureuse et fébrile. Les hémocultures ont été systématiquement faites chez tous les patients. Le prélèvement bactériologique local a été fait quand la porte d'entrée était identifiable. Un bilan biologique inflammatoire a été fait chez tous les patients. La goutte épaisse n'a pas été effectuée chez tous les malades fébriles.

Les patients ont fait systématiquement l'objet d'un dossier médical comportant les données démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Seuls les cas d'érysipèles hospitalisés ont été inclus dans cette étude.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 67 patients ont été hospitalisés pour érysipèle dont 60 pour érysipèle de jambes. L'âge moyen était de 40 ans et le sex-ratio (femmes/hommes) de 2,6.

Le tableau évoluait depuis 1 à 2 jours dans 30 cas (50 %), 3 à 7 jours dans 17 cas (28 %), et plus de 7 jours dans 13 cas (22 %). Une antibiothérapie préalable a été entreprise par les patients dans 20 cas (33 %) avant l'hospitalisation. Cette antibiothérapie était dominée par les sulfamides (n=10), suivis par les ampicillines (n=7), la pénicilline (n=3). Un traitement

anti-inflammatoire (AINS) a été prescrit seul dans 8 cas, et associé à l'antibiothérapie dans 10 cas. Dans 12 cas, il s'agissait d'une automédication.

Cliniquement, on notait le placard érythémateux dans 50 cas (83 %), un oedème douloureux dans 55 cas (92 %) ; des lésions purpuriques associées dans 20 cas, des pustules dans 10 cas. Une porte d'entrée a été identifiée dans 40 cas (67 %) ; ces portes d'entrée étaient représentées par les intertrigos (20 cas), les plaies surinfectées (10 cas), les crevasses talonnières (7 cas), les ulcères de jambes (3 cas). Une adénopathie inguinale satellite sensible a été notée dans 31 cas. Dans 15 cas, le placard érysipéleux s'étendait à la cuisse. Sur le plan général, l'hyperthermie a été observée dans 45 cas (75 %).

Un terrain prédisposant a été identifié dans 35 cas (58 %) dominée essentiellement par l'obésité (25 cas) (Tab. I). Les facteurs locorégionaux favorisants ont été notés dans 30 cas (50 %) (Tab. II).

Tableau I.

Les principaux terrains prédisposants identifiés.

facteurs	nombre de cas	fréquence (%)
obésité	20	57
diabète	6	17
insuffisance cardiaque	5	14
corticothérapie	4	12
total	35	100

Tableau II.

Les facteurs loco-régionaux identifiés.

facteurs	nombre de cas	fréquence (%)
lymphoedème	9	30
oedèmes de stase des membres inférieurs	15	50
antécédents chirurgicaux loco-régionaux	5	17
fracture de jambes	1	3
total	30	100

Seules 3 hémocultures se sont révélées positives en isolant dans les 3 cas un streptocoque A. Des 40 prélèvements locaux effectués au niveau des portes d'entrées identifiées, seuls 20 cas ont été positifs avec isolement du staphylocoque doré (n=13), de bacilles gram négatif (n=4), de streptocoque (n=3). Un syndrome inflammatoire biologique initial a été noté dans 32 cas (accélération de la vitesse de sédimentation (VS), hyperfibrinémie, hyper 2 globuline).

La pénicillinothérapie G (12 millions d'unités par 24 heures) a été instituée en première intention chez tous les patients pour une durée de 10 jours. Le traitement a été relayé par les macrolides dans 10 cas. Les autres patients ont continué le traitement par la benzathine pénicilline (Extencilline® 2,4 millions), une injection par semaine pendant un mois. L'évolution a été favorable dans 42 cas (70 %). Une complication loco-régionale est survenue dans 6 cas (2 cas de nécrose cutanée, 1 cas de fasciite nécrosante, 3 cas d'abcès sous cutané). Une récurrence a été notée dans 10 cas (17 %). Dans les cas de récurrences, nous avons adopté le schéma thérapeutique suivant: après 10 jours de pénicilline G, les patients ont continué le traitement par la benzathine pénicilline (Extencilline® 2,4 millions), une injection par semaine pendant un mois puis une injection toutes les deux semaines pendant trois mois et une injection tous les mois pendant six à douze mois. En cas d'allergie à la pénicilline, le patient est mis sous un macrolide de préférence en traitement continu pendant deux mois. Aucune complication générale des érysipèles n'a été observée.

Discussion

L'érysipèle des membres inférieurs et surtout des jambes reste la forme clinique la plus observée actuellement à travers le monde : 90 à 93 % des cas d'érysipèle selon les auteurs (5, 12, 13, 15). L'âge moyen de survenu de l'érysipèle en Europe est plus élevé par rapport à celui observé en Afrique noire. En Afrique noire, l'érysipèle atteint en général l'adulte jeune de 35 à 40 ans, de sexe féminin obèse ou diabétique ayant des oedèmes de stase des membres inférieurs. La prédominance du sexe féminin a été notée par tous les auteurs, de même que la notion de terrain prédisposant (1, 2, 5, 10, 13). Cependant, il est difficile de définir un profil à risque standard comme l'ont fait remarquer LANOUX et collaborateurs (13).

Les aspects cliniques de l'érysipèle rencontré en Afrique noire ne sont pas très différents de ceux classiquement décrits chez les sujets à peau claire. Chez le noir, l'érythème n'est pas très visible et peut faire défaut sur une peau très foncée. Par ailleurs, l'automédication et le retard de consultation peuvent modifier le caractère inflammatoire de la plaque d'érysipèle. L'hyperthermie observée chez les patients n'est pas constante et peut être due à d'autres causes, en particulier l'accès palustre, affection endémique dans cette région. Les portes d'entrées sont nombreuses, car les patients marchent souvent pieds nus avec une hygiène déficiente. Les portes d'entrée sont dominées par les microtraumatismes, les plaies surinfectées et les intertrigos (5, 8, 10, 13). Cliniquement, le diagnostic différentiel de l'érysipèle de jambe peut se poser avec une phlébite, une lymphangite carcinomateuse, les panniculites et les hypodermes nodulaires (l'érythème noueux), un placard d'eczéma aigu, une lymphangite aiguë d'origine filarienne (10, 16).

Le diagnostic d'érysipèle est souvent facile à poser cliniquement, rendant inutiles les examens paracliniques (examen hématologique, la vitesse de sédimentation globulaire, la sérologie streptococcique, et les prélèvements bactériologiques) (14). Le streptocoque, en particulier bêta-hémolytique du groupe A, est reconnu comme étant responsable de l'érysipèle (3, 14). Il a été retrouvé seulement sur 3 hémocultures, et dans 3 des 20 prélèvements cutanés revenus positifs. Ceci prouve le caractère inconstant et aléatoire des examens bactériologiques. D'autres germes comme le staphylocoque doré et les bacilles gram négatifs ont été isolés au niveau des portes d'entrées, sans que cela modifie notre attitude thérapeutique de première ou deuxième intention, ceci à cause de la nature des portes d'entrée, identifiées chez nos patients. La découverte de ces germes retrouvés également dans d'autres études montre que l'érysipèle ne serait pas exclusivement dû à une infection à streptocoque A mais aussi probablement au streptocoque G et à d'autres germes (9, 10, 13). Dans notre étude, pour des raisons techniques, la biopsie cutanée en regard de la plaque érythémateuse et les tests sérologiques streptococciques n'ont pu être effectués.

Notre attitude thérapeutique est restée classique et similaire à celle préconisée dans la littérature (5, 11, 13) : pénicillinothérapie G en première intention. Tous nos cas ont été hospitalisés, ce qui a permis de faire un traitement par voie parentérale. L'hospitalisation, le repos au lit et le traitement précoce de la porte d'entrée (quand elle est identifiée) sont indispensables à l'obtention de bons résultats. Dans notre étude, la durée moyenne du traitement d'attaque a été de 10 jours. Certains préconisent des traitements plus longs pour éviter les récurrences (3, 7).

L'évolution de nos cas sous traitement a été favorable dans 70 % des cas, mais les récurrences n'étaient pas négligeables (17 %), de même que les complications loco-régionales. Faits

notables : tous les cas de récurrences ont été relevés dans le groupe des patients ayant consulté tardivement (Tab. III). Les récurrences de l'érysipèle de jambe dépendent, selon certains auteurs, de la voie de traitement lors du premier épisode : 20 % de récurrence (voie parentérale) contre 66,5 % (traitement par voie orale) dans la série de JORUP - RÖSTRÖM (11). Ces récurrences sont aussi favorisées par une atteinte de la circulation lymphatique. Les récurrences sont moins bruyantes, mais prédisposent les patients à des éléphantiasis des membres inférieurs. Le traitement des érysipèles récidivants par la pénicilline de façon prolongée donne de bons résultats, car ce schéma thérapeutique est mieux suivi à cause du coût relativement bas de la pénicilline. Mais dans le cadre de notre étude, nous n'avons pas pu évaluer ce schéma à long terme, car la plupart de nos patients sont perdus de vue après un suivi régulier de deux à trois mois. Le traitement prolongé par les macrolides est moins suivi, car il est plus onéreux et la compliance est mauvaise.

Tableau III.

Evolution des érysipèles en fonction de la durée d'évolution avant la prise en charge thérapeutique en milieu hospitalier.

durée d'évolution avant le traitement hospitalier (jours)	évolution favorable	complication cutanée	récidive après traitement
inférieure ou égale à 2 jours (n=30)	29	1	0
entre 3 et 7 jours (n=17)	13	4	0
supérieure à 7 jours (n=13)	2	1	10

Conclusion

L'érysipèle de jambe reste une affection cutanée fréquente, de diagnostic essentiellement clinique. Elle se caractérise par un tableau clinique assez bruyant qui nécessite une prise en charge précoce en milieu hospitalier. En l'absence de toute contre-indication, la pénicillinothérapie G par voie parentérale demeure la meilleure thérapeutique de première intention.

Références bibliographiques

1. AGNOHOLT J, ANDERSEN I & SONDERGAARD G - Nérotic bullous erysipelas. *Acta Med Scand*, 1988, **223**, 191-192.
2. BERNARD Ph, BEDANE Ch, KOUNIER M *et al.* - Streptococcal case of erysipelas and cellulitis in adults. *Arch Derm*, 1989, **125**, 779-782.
3. BINNICK AN, KLEIN RB & BAUGHANM RD - Recurrent erysipelas caused by group *Streptococcus* organisms. *Arch Derm*, 1983, **126**, 798-799.
4. CREMIEUX AC - Erysipèle. *Ann Dermatol Vénérolog*, 1987, **114**, 1171-1172.
5. CRICKX B, CHEVRON F, SIGAL-NAHUM *et al.* - Erysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (111 observations). *Ann Dermatol Vénérolog*, 1991, **118**, 11-16.
6. DUVANEL T, HARAMS M, MEROT Y *et al.* - Prophylactic antibiotics in erysipelas. *Lancet*, 1984, **1**, 1401.
7. DUVANEL T, HARMS M, MEROT Y *et al.* - Les récurrences d'érysipèle et leur prévention par la benzathine pénicilline. *Ann Dermatol Vénérolog*, 1986, **113**, 176.
8. GEORGE A.O - Skin diseases in tropical Africa. Medical social and economic implications. *Int J Dermatol* 1988, **27**, 187-189.
9. HUGO-PERSON M & NOLIN K - Erysipelas and group G streptococci. *Infection* 1987, **15**, 184-187.
10. JORUP-RÖSTRÖM C - Epidemiological, bacteriological and complicating features of Erysipelas. *Scand J Inf Dis*, 1986, **18**, 519-524.
11. JORUP-RÖSTRÖM C, BRITTON S, GAULEVIK G *et al.* - The course, costs, and complications of oral versus IV penicillin therapy. *Infection*, 1984, **12**, 390-394.
12. JORUP C & BRITTON S - Recurrent erysipelas : predisposing factors and cost of prophylaxis. *Infection*, 1987, **15**, 105-106.
13. LANOUX P, PENALBA C, LEGIN C *et al.* - L'érysipèle. A propos de 118 observations. *Méd. Mal. Infect.* 1993, **23**, 908-912.
14. LEPPARD L. J, SEAL D.V, COLMAN G *et al.* - The value of bacteriology and serology in the diagnosis of cellulitis and erysipelas. *Br J Derm*, 1985, **112**, 559-567.
15. LORETTE G, PY F, MACHET L *et al.* - Erysipèle : étude rétrospective de 100 cas. *Méd Hyg*, 1990, **48**, 764-768.
16. MOULIN G & BONNETOY M - Erysipèle. *Rev Praticien*, 1988, **38**, 855-860.